

肝脏性假瘤的超声诊断

万霞, 毕纯龙, 张蔚, 张宏宇

【摘要】 目的:探讨肝脏炎性假瘤的超声表现。**方法:**回顾性分析 9 例肝脏炎性假瘤的二维超声和彩色多普勒血流现象(CDFI)的表现。**结果:**9 个病灶均为单发病灶, 7 个位于肝右叶, 2 个位于肝左叶;最大者 $3.2\text{ cm} \times 4.2\text{ cm}$, 最小者 $1.3\text{ cm} \times 1.6\text{ cm}$;二维超声均表现为不规则的不均质低回声病变, 边缘无声晕包绕, CDFI 显示 7 个病灶无血流, 2 个病灶周边有血流。**结论:**单纯二维超声对 IPL 的诊断符合率较低, 与 CDFI 结合可以提高诊断符合率。

【关键词】 肝脏炎性假瘤; 超声; 诊断

【中图分类号】 R735.7; R445.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2007)10-1119-03

Diagnosis of Inflammatory Pseudotumor of the Liver by Ultrasonography WAN Xia, BI Chun-long, ZHANG Wei, et al. Department of Ultrasonography, Daqing Oil Field Hospital, Heilongjiang 163001, P. R. China

【Abstract】 Objective: To study the features of inflammatory pseudotumor of the liver on ultrasound. **Methods:** Two-dimensional ultrasound and color Doppler flow imaging (CDFI) features of patients with inflammatory pseudotumors of the liver were analyzed retrospectively. **Results:** Of all the 9 patients, seven of them were located in the right lobe and 2 of them were located in the left lobe of liver. The size of the biggest lesion was $3.2\text{ cm} \times 4.2\text{ cm}$ and the smallest lesion was $1.3\text{ cm} \times 1.6\text{ cm}$. All of them in two dimensional ultrasound were hypoechoic pattern with inhomogenetiy, and none of them displayed halo-like margin. The color blood was detected by CDFI in the margin 2 of 9 lesions, and 6 of them were suggested to lack of blood supply. **Conclusion:** The accuracy for the diagnosis of inflammatory pseudotumor of the liver was very lower, however, the accuracy for the diagnosis was raised by two-dimensional ultrasound combined with CDFI.

【Key words】 Inflammatory pseudotumor of the liver; Ultrasonography; Diagnosis

肝脏炎性假瘤(inflammatory pseudotumor of the liver, IPL)最早由 Pack 和 Backer 于 1953 年报道^[1], 是一种少见的肝内良性肿瘤样病变, 近年来, 随着影像诊断技术的发展, 对 IPL 的报道逐渐增多。笔者分析了经病理证实的 9 例 IPL 的声像图特征, 旨在提高对本病认识, 争取术前做出正确诊断, 避免不必要的手术。

材料与方法

9 例患者, 男 5 例, 女 4 例, 年龄 27~56 岁, 平均 39.4 岁。其中 7 例为体检及常规腹部 B 超检查时发现, 无临床症状; 另 2 例因上腹饱胀就诊发现。所有病例肝功能均正常, AFP 阴性, 其中 8 例乙丙肝六项阴性, 1 例 HBsAg(+), 9 例患者均无发热、呕吐、腹泻及明显消瘦。

采用 Philipsiu 22 超声仪, 3.5~5.0 MHz 凸阵探头, 常规对肝脏进行多切面扫查, 发现病灶即记录位置、形态、大小、周边及内部回声特征及病灶血流情况。

结 果

9 例患者病灶均为单发, 7 例位于肝右叶, 2 例位

于肝左叶; 8 例位于肝脏周边区域, 1 例位于中央区域。病灶直径最小者 $1.3\text{ cm} \times 1.6\text{ cm}$, 最大者 $3.2\text{ cm} \times 4.2\text{ cm}$, 平均 $2.4\text{ cm} \times 2.7\text{ cm}$ 。病灶多呈不规则的类圆形不均质低回声实质性团块, 边界模糊, 6 例中心出现坏死, 边缘无声晕包绕, 后方无增强改变(图 1); 彩色多普勒血流显象(color Doppler flow imaging, CDFI)显示 7 个病灶周边及内部无血流, 2 个病灶周边可见少量点条状血流(图 2、3)。术前 4 例诊断为肝细胞癌, 5 例诊断为良性病变, 术后病理均证实为 IPL(图 4), 良性病变符合率为 44.44%。从以上结果可以看出肝炎性假瘤、血管瘤, 肝癌等的鉴别仍有一定困难。

讨 论

肝脏炎性假瘤是由各种致炎因子引起的以肝脏局部组织炎性结节状增生为病理特征的肿瘤样病变, 病因不明, 可能与感染、自身免疫等因素有关。一般认为, 各种原因导致的肝局灶性肿瘤样占位性病变均属 IPL 范畴^[2], 局部组织细胞成分多样性是其病理学特点; 根据细胞成分不同, IPL 称浆细胞性肉芽肿、纤维组织细胞瘤、纤维黄色瘤^[3], 因其临床表现及影像学检查难以与恶性肿瘤相区别, 1954 年 Umiker 等^[4]将其命名为炎性假瘤。

作者单位: 163001 黑龙江, 大庆油田总医院超声科

作者简介: 万霞(1973—), 女, 山东平原人, 主治医师, 主要从事腹部超声诊断工作。

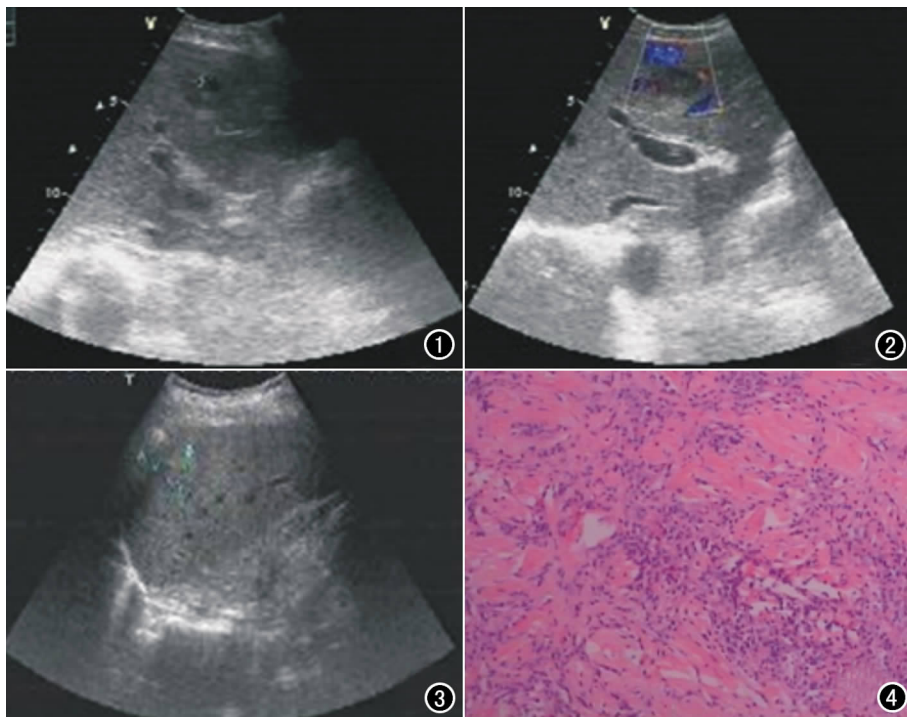


图 1 肝右叶见 2.5 cm×2.9 cm 的低回声病变,形态不规整,边缘模糊,病变内可见 0.8 cm×0.9 cm 大小的液性暗区。图 2 肝右叶病变的实性部分 CDFI 可见少量血流信号。

图 3 肝左外叶偏后下缘见 2.2 cm×2.4 cm 病变,边缘模糊,内部呈不均质的中低回声。图 4 标本组织图片示纤维组织增生明显,间大量炎细胞浸润(×400, HE)。

1. 肝脏炎性假瘤的临床表现

PL 可发生于任何年龄,以婴幼儿和青壮年居多,本组病例多为青壮年,未见婴幼儿发病;男性发病率高于女性。病灶多为单发,有 20% 病例为多发病灶,以右叶多见,左叶及肝门区也可发生。病灶大小多在 2~14 cm。本病一般病程较长,症状较轻,全身情况良好,少数患者可有发热、右上腹痛、呕吐、全身不适、体重下降等,在这些症状中,以发热多见,并且多为高热。如果炎性假瘤累及胆管,临床上可出现黄疸。一般无肝炎背景,HBsAg(-),AFP(-),肝功能正常^[5,6]。

2. 肝脏炎性假瘤的声像图表现

IPL 声像多表现为肿块形态不规则,在断面显示葫芦状、哑铃状、花生节状或类圆形,本组病灶多呈不规则的类圆形。病灶多为低回声欠均匀的实性结节,内部可见有斑片状、条索状或管状强回声,病灶周围多无声晕;部分病灶内可有门静脉小分支穿过,其管壁增厚,管腔狭窄,莫国强等^[7]认为该征象对诊断本病具有特异性,但本组 9 个病灶中均未见门静脉小分支,可能是导致本组误诊率较高的主要因素。本组 9 个病灶中,7 个病灶 CDFI 显示无任何彩色血流信号,2 个病灶周边可见少量点条状彩色血流,CDFI 的血流显示率(22.22%)与文献^[8]报道相近。肝脏炎性假瘤缺乏

血供或少血供已被许多作者认同^[7-9],并认为彩色多普勒超声与二维超声结合诊断肝脏炎性假瘤的符合率显著高于单纯二维超声检查。

3. 鉴别诊断

IPL 的声像表现无特异性,与肝脏的其他肿瘤鉴别困难,主要与肝癌、血管瘤、转移瘤等鉴别。①肝癌:尤其是小肝癌,肝细胞肝癌是肝脏最常见的恶性肿瘤,在超声上多表现为低回声均匀的实性结节,周围绕有声晕。CDFI 示有较丰富的血流信号。较大的癌肿,因癌肿内部常伴有出血、坏死,所以肿瘤内部回声多数为不均质的强回声改变。肿块周围常伴有低回声晕及肝静脉或门静脉绕行、受压、弯曲,部分可见门静脉癌栓形成。胆管细胞癌较少见,可见肝内胆管扩张,并于肿块处截断,患者有明显的梗阻性黄疸。②血管瘤:直径小于 3 cm 的血管瘤在超声上

多呈高回声,周围血管环绕完整者甚少见。低回声者少见,表现为周围甚厚的边缘(<2 mm),似浮雕状,常见较粗的血管进入或血管穿通征^[10]。③转移瘤:患者有其他恶性肿瘤病史,常为大小不等的多发病灶,来源于不同器官和组织类型的病灶声像表现也不同。

研究认为^[9] IPL 超声符合率极低,单纯二维超声对 IPL 的诊断符合率为 7.1%,而二维超声结合 CDFI 诊断符合率达 66.7%。因此,超声作为一种无创、无痛、经济、易行的诊断技术,通过与 CDFI 的结合和提高医师对本病的认识,可明显增加其符合率,使超声作为发现和确诊 IPL 的首选方法。

参考文献:

- [1] Pack GT, Baker HW. Total Right Lobectomy; Report of One Case [J]. Ann Surg, 1953, 138(2): 253-258.
- [2] Horiuchi R, Uchida T, Kojima T, et al. Inflammatory Pseudotumor of the Liver: Clinicopathologic Study and Review of the Literature [J]. Cancer, 1990, 65(7): 158.
- [3] Coffin C, Humphrey P, Dehner L. Extrapulmonary Inflammatory Myofibroblastic Tumor: a Clinical and Pathological Survey [J]. Semin Diagn Pathol, 1998, 15(2): 85-101.
- [4] Umiker W, Iverson L. Post Inflammatory Tumor of the Lung; Report of Four Cases Simulating Xanthoma, Fibroma and Plasma

Cell Granuloma[J]. Thorac Surg, 1954, 28(1): 55-62.

- [5] 尤俊, 林小军, 张亚奇, 等. 肝脏炎性假瘤的诊断和治疗[J]. 中华肝胆外科杂志, 2002, 8(3): 162-165.
- [6] 刘绍玲, 李吉昌. 肝脏炎性假瘤的影像学诊断现状与进展[J]. 医学影像学杂志, 2004, 14(6): 504-507.
- [7] 莫国强, 潘敏强, 刘学明. 肝脏炎性假瘤的声像图表现及随访观察[J]. 中国超声医学杂志, 2003, 19(1): 57-59.

- [8] 王文平, 徐智章. 肝脏炎性假瘤的多普勒超声和灰阶超声诊断[J]. 中华超声影像志, 1995, 4(4): 145-147.
- [9] 王文平, 徐智章, 蒋亚平, 等. 肝脏炎性假瘤的超声和 CT 对照分析[J]. 中华放射学志, 1995, 29(9): 616-619.
- [10] 王纯正, 徐智章. 超声诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 220-221.

(收稿日期: 2006-12-15)

多形性未分化骨肉瘤二例

• 病例报道 •

邱乾德

【中图分类号】R814.42; R738.7 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)10-1121-01

病例资料 病例 1, 患者, 男, 57 岁。左侧骶髂部疼痛 1 年余, 近 3 个月来加重。在外院行检查发现骶₁ 左侧溶骨性破坏而来我院门诊。影像诊断为恶性巨细胞瘤(图 1)。术后病理报告为恶性纤维组织细胞性骨肉瘤。

病例 2, 患者, 男, 52 岁。左侧大腿中下段隐痛 1 年半, 逐渐加重, 并感硬块, 并逐渐长大。查体扪及质硬肿块, 轻度压痛。X 线见股骨中下段内后侧 9 cm 长的骨皮质呈不规则致密性瘤骨, 并见长短不一骨针伸入软组织, 软组织肿块明显。影像诊断为骨旁骨肉瘤(图 2)。术后病理报告为恶性纤维组织细胞性骨肉瘤。

讨论 纤维组织细胞性骨肉瘤也称多形性未分化骨肉瘤, 是骨肉瘤一种亚型, 由 Balance 于 1988 年首先提出。该瘤极少见, 国内文献未见报道。该瘤在 X 线上以溶骨性破坏为主要改变, 类似溶骨型骨巨细胞瘤或纤维肉瘤, 在骨形成区域里表现类似棉球状或积云状改变^[1-5]。也可使骨皮质增厚形成较致密性骨块, 并突向软组织内, 有长短不一针状向软组织内放射的骨针, 软组织内见有较大。本文病例 1 以溶骨性破坏为主要表现, 影像误诊为恶性巨细胞瘤; 病例 2 以致密为主要改变, 类似骨旁骨肉瘤, 术前临床、影像均断为骨旁骨肉瘤, 可见该瘤在影像上无特征性。该瘤在组织学上特点是多形性的梭形细胞和巨细胞, 其中有很多稀奇古怪的细胞核, 故有的病理学家使用多形性未分化骨肉瘤。它具有炎症背景, 层状或螺旋状的星云排列呈恶性组织细胞瘤特征, 而易误诊为恶性纤维组织细胞瘤。也可被多形性细胞呈弥漫性层状排列所围绕, 关键在于显示出由恶性细胞形成的骨样组织或瘤骨^[1-5]。本文例 1 术后病理误诊恶性纤维组织

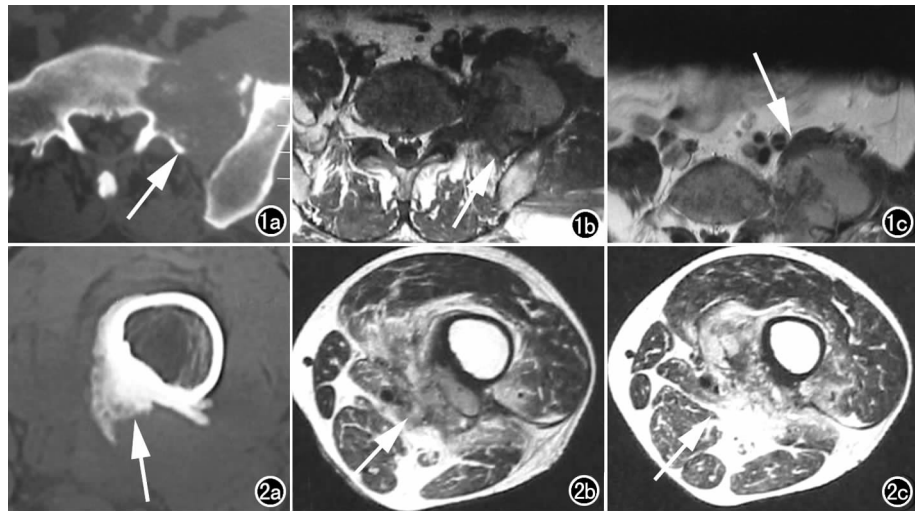


图 1 a) CT 示骶₁ 左侧溶骨性破坏, 轻微膨胀性改变, 巨大软组织肿块, 软组织肿块内仍有少许小斑片状骨性组织; b) MR T₁ WI 上呈等低信号; c) MR 增强示肿块呈轻度不均匀强化。图 2 a) CT 示股骨中下段内后侧不规则致密性瘤骨, 密度不均, 较大软组织肿块; b) T₁ WI 上近似肌肉组织信号, 肿块与周围组织分界不清, 肌肉间隙水肿, 肌间脂肪间隙不清; c) MR 示瘤骨在 T₂ WI 均呈低信号, 软组织肿块在 T₂ WI 呈高信号。

细胞瘤, 后经多家病理会诊, 最后确定为该瘤。两例的病理改变也具有多样性, 说明该瘤在病理上有时也难以确诊, 因此提倡临床、影像、病理三结合。

参考文献:

- [1] 张贤良. 浅谈骨肿瘤的临床病理诊断[J]. 中华骨科杂志, 2000, 20(增): 18-20.
- [2] 毕五蝉. 骨肿瘤病理诊断的进展[J]. 中华骨科杂志, 2000, 20(增): 21-26.
- [3] 王玉凯. 骨肿瘤 X 线诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 44-71.
- [4] Schajowicz F, Sissons HA, Sobin LH. The World Health Organization's Histologic Classification of Bone Tumor. A Commentary on the Second Edition[J]. Cancer, 1995, 75(5): 1208-1214.
- [5] 段承祥, 王晨光, 李建丁. 骨肿瘤影像学[M]. 北京: 科学出版社, 2004. 105-106.

(收稿日期: 2006-08-28)